

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

~~Docteur~~ **LARMIGNAT René**

Ancien interne des Hôpitaux d'Orléans,

Né le 20 novembre 1913

à Larée (Gers)

Essais de Traitement
de la
Pleurésie séro-fibrineuse
tuberculeuse
par la **Pneumo-Séreuse**

Président : M. le Docteur TROISIER, Professeur

TOURS
IMPRIMERIE TOURANGELLE
20-22, Rue de la Préfecture, 20-22
1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547920_0070

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR LE

Docteur LARMIGNAT René

Ancien interne des Hôpitaux d'Orléans,

Né le 20 novembre 1913

à Larée (Gers)

Essais de Traitement
de la
Pleurésie séro-fibrineuse
tuberculeuse
par la **Pneumo-Séreuse**

Président : M. le Docteur TROISIER, Professeur

TOURS
IMPRIMERIE TOURANGELLE
20-22, Rue de la Préfecture, 20-22
1939



LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOWSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVANTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique.	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE. . . . Pathologie chirurgi-
cale.
BARIÉTY. . . . Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médi-
cale.
BESANÇON (J.). Hydrologie.
BOULIN. . . . Pathologie médicale.
BULLIARD. . . . Histologie.
CATHALA. . . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. . Pathologie médicale.
COSTE. . . . Pathologie médicale.
DOGNON. . . . Physique.
FEY. . . . Urologie.
FUNCK. . . . Pathologie chirurgi-
cale.
GALLIARD. . . . Parasitologie.
GASTINEL. . . . Bactériologie.
DE GAUDART-
D'ALLAINES. . Pathologie chirurgi-
cale.
GAYET. . . . Physiologie.
DE GENNÈS. . . Pathologie médicale.
GIROUD. . . . Histologie.
HAGUENAU. . . Pathologie médicale.
HALPHEN. . . . Oto-rhino-laryngolo-
gie.
HUGUENIN. . . Anatomie patholo-
gique.
JOANNON. . . . Hygiène.
LACOMME. . . . Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL. . Obstétrique.
LAROCHE (Guy). Pathologie médicale
LAVIER. . . . Parasitologie.
LELONG. . . . Pathologie médicale.
LEMAIRE. . . . Pathologie expéri-
mentale.
LEVEUF. . . . Pathologie chirurgi-
cale.
Mlle J. LÉVY. . Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI. Neurologie et psy-
chiatry.
MENECAUX. . . Pathologie chirurgi-
cale.
MOLLARET. . . Pathologie médicale.
MOREAU. . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. . Pathologie chirurgi-
cale.
MOUQUIN. . . . Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
gicale.
PIÉDELIEVRE. . Médecine légale.
PORTES. . . . Obstétrique.
RENARD. . . . Ophthalmologie.
RICHEL. . . . Physiologie.
SÈNEQUE. . . . Pathologie chirurgi-
cale.
TURPIN. . . . Pathologie médicale.
VIGNES. . . . Obstétrique.
WILMOTH. . . . Pathologie chirurgi-
cale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.

ALGLAVE. . . . Pathologie chirurgi-
cale.
BUSQUET. . . . Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUENIOT. . . . Obstétrique.
HEITZ-BOYER. . Pathologie chirur-
gicale.

MM.

LARDENNOIS. . Pathologie chirurgi-
cale.
LE LORIER. . . . Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
SCHWARTZ. . . Pathologie chirurgi-
cale.
VAUDESCAL. . . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . . .		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE. . . .	
DUVOIR		QUENU. . . .	
LIAN.		VELTER	
PASTEUR VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE. . . .	} Clinique obstétricale.
METZGER . . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

La pleurésie est l'inflammation de la plèvre, une des plus communes parmi les maladies de l'appareil respiratoire. Maladie, qu'à l'heure actuelle, tous nous avons tendance, et à juste titre, à considérer comme un accident de la tuberculose, ainsi que la phlébite est considérée, par Vidal, comme un accident de la puerpéralité.

Elle présente donc vis-à-vis de l'évolution de la tuberculose un rôle capital, puisque nous la retrouvons, trop souvent, hélas ! comme la première manifestation de cette maladie. De là, l'importance de son traitement, que nous considérons comme un traitement de base dans celui de la tuberculose. Importance qui justifie nos essais de traitement, car point de départ d'une évolution postérieure grave elle viendra en gêner le traitement.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire est encore, à l'heure actuelle, mécanique, c'est la collapsothérapie et c'est dans nos services de bacillaires, lors d'infructueuses tentatives de décollement de pneumothorax, chez des malades à passé pleurétique que nous avons pensé à la pneumo-séreuse.

L'accident pleurétique n'est pas le premier en date dans un grand nombre de cas ; mais il a été précédé d'éléments locaux ou généraux qui sont cliniquement bacillaires : douleurs thoraciques, fatigue, amaigrissement, anorexie, petit état subfébrile. Ces légers signes cliniques échappèrent

aux malades, échappent aux cliniciens, cependant nous croyons qu'il existe une lésion tuberculeuse antérieure du poumon, lésion toujours discrète comme le montrerait la radio faite systématiquement chez bien des malades atteints de « névralgies intercostales ». Mais, accident révélateur, la pleurésie est un accident aigu, brutal, comparable à l'hémoptysie, à la vomique.

Accident brutal, pourquoi ?...

C'est une inoculation aiguë de la plèvre, par des bacilles provenant d'un foyer de voisinage ouvert brusquement dans la plèvre. C'est le phénomène de Koch appliqué à la réinfection des séreuses et que Rist, Kindberg et Rolland reproduisirent sur le péritoine, et que Paterson réalisa sur la plèvre.

Depuis janvier dernier, nous avons tenté de pallier à la fois à l'accident aigu dont nous venons de parler, et d'envisager l'avenir en essayant de créer des pneumo-séreuses, chez les quelques malades de notre service qui présentaient une réaction pleurale, marchant en parallèle avec une poussée bacillaire.

BUT DE LA MÉTHODE

Si nous ponctionnons, nous guérirons peut-être l'exsudation, les deux feuillets se coapteront, il se créera des adhérences. Comme nous ignorons l'étendue de la lésion bacillaire et son évolution possible, nous essayons de tarir à la fois l'épanchement et de créer une collapsothérapie en substituant au liquide un gaz. Collapsothérapie que nous pourrions régler par la suite à notre volonté, en fonction de la lésion.

Naturellement, ce gaz montera à la partie supérieure du liquide d'exsudation en cette région où nous avons les deux feuillets (viscéral et pariétal) depuis un court instant à nouveau en contact et que ce gaz écartera, tout en tentant de les protéger. Une radiographie pratiquée nous montre une image comparable à celle d'une complication liquidienne d'un pneumothorax avec réaction pleurale marquée. En répétant les injections gazeuses ainsi que l'évacuation de l'exsudat, ce dernier se tarit et le pneumothorax se crée chaque fois un peu plus. Mais l'organisme réagit et sur les courbes de température, ainsi que le montreront nos observations, nous constatons une ascension thermique marquée après chaque insufflation. Prouvant bien l'effet de la collapsothérapie, une expectoration plus marquée après chaque insufflation comme après la création d'un pneumothorax en souligne les effets. La dyspnée s'atténue, il y a compression du poumon, mais d'une manière plus souple, tous nos malades sentirent un mieux dès le début du traitement.

Nous guérissons l'accident aigu et nous prévoyons l'avenir.

INDICATIONS DE LA PNEUMO-SÉREUSE

Comme nous l'avons dit, elle a pour but de pallier à un accident brutal, aigu d'une tuberculose dont la guérison primitive est toujours possible, mais dont l'avenir est très assombri; il y a trêve mais non guérison.

Il faut que la tuberculose ait fait ses preuves d'une façon marquée par : examen du liquide pleural, cuti-réaction,

radiographie, bacilloscopie. Certes, nous posons là tout le diagnostic des pleurésies séro-fibrineuses, c'est la ponction et l'examen du liquide qui peut montrer sa nature bacillaire.

Le liquide est un exsudat, donc, pour beaucoup d'auteurs, presque toujours tuberculeux, mais le séro-diagnostic de Widal nous viendra en aide plus efficacement que l'inoculation au cobaye dont le résultat est éloigné.

L'état du poumon sous-jacent est révélé par l'interprétation des signes physiques que la plus ou moins grande quantité de liquide nous permettra de percevoir. La radiographie d'une plus grande utilité doit être systématique ainsi que la bacilloscopie après homogénéisation.

Donc, lorsque le diagnostic différentiel des pleurésies est fait, nous nous efforcerons par tous les moyens signalés d'en trouver l'origine bacillaire ou non.

Lorsque celle-ci est nette, il n'y a pas à hésiter, car la lésion dans ces cas marche parallèlement avec la pleurésie. C'est dans ces cas que l'on a les signes physiques du « poumon plongeant », persistance du murmure vésiculaire dans la zone de matité, souffle tubo-pleural, signe de dénivèlement de Pitres. Dans les autres cas les examens déjà cités apportent leur verdict.

Si on se trouve en présence d'un tout petit épanchement, épanchement des formes dites cortico-pleurites, notre méthode ne réussira pas et à la pneumo-séreuse nous substituerons, soit l'expectative temporaire, soit le pneumothorax habituel.

En un mot, la pneumo-séreuse est réservée aux pleurésies à exsudat abondant et nettement bacillaire, l'abondance du liquide facilitant notre thérapeutique, et la nature bacillaire en justifiant l'application.

APPAREILLAGE TECHNIQUE

Un appareil de Kuss nous permet de faire pénétrer de l'oxygène, une seringue ou un appareil de Potain nous permet l'évacuation de l'épanchement.

L'oxygène contenu dans le réservoir de Kuss passera dans un barboteur contenant un liquide aromatique, susceptible d'imprégner l'oxygène de vapeurs, possédant un pouvoir à la fois antiseptique et protecteur des faces irritées des deux feuillets de la plèvre. Nous emploierons le goménol, le niaouli, la formule de Rodet (1) aux émanations iodées. Atmosphère à nouveau filtrée sur un filtre de Pasteur.

L'aiguille est une aiguille à pneumothorax ordinaire sur laquelle on peut brancher alternativement l'embout venant du Kuss et celui du Potain.

Nous ponctionnons le plus bas possible, suivant la technique coutumière et avec des soins très poussés d'asepsie, champ iodé, gants.

Le tube caoutchouté venant de l'aspirateur de Potain est stérilisé, ainsi que celui venant du Kuss.

Une fois pénétré dans la cavité pleurale, le tube d'aspiration fixé par nous-même, un aide aspire une quantité X de liquide. Puis, après avoir fixé à son tour le tube venant du Kuss, nous constatons la présence, au manomètre du

(1) Thymol.	} aa	1 gr.
Eucalyptol		
Iode		3 —
Goménol	} aa	10 —
Campbre		
Alcool à 95°	qs.	100 cc.

même appareil, de légères oscillations autour du 0, par exemple — 2... + 2...

La quantité de liquide est alors remplacée par un volume en général double de celui enlevé, tout en évitant d'avoir une pression positive trop élevée.

Au début de ce que nous pouvons nommer l'insufflation, une pression assez forte est nécessaire, et la perception auditive et tactile d'un gargouillis marqué nous indique la pénétration du gaz dans la cavité pleurale.

Les insufflations sont répétées à la fois en fonction de la diminution du niveau liquidien et de la collapsothérapie. Chez un de nos malades, le résultat fut obtenu à la troisième injection, chez un autre à la septième seulement. Un véritable hydrothorax peut se créer, nous suivrons alors la marche coutumière de la thérapeutique de cette maladie.

Tous nos malades gardèrent le repos le plus complet. Comme chez tout pleurétique, un examen radiologique fut seul pratiqué le lendemain de chaque insufflation.

Cet examen nous a montré dans chaque cas, et dès la seconde insufflation, l'image originale d'une superposition de niveaux liquidien peu épais, séparés par un espace rempli de gaz, le gaz insufflé semblait enkysté. Cet enkystement a toujours disparu au bout d'un ou deux mois et sa disparition a toujours coïncidé avec la formation d'une image parfaite du pneumothorax dont seul le cul-de-sac pleural est occupé par un ou deux doigts de liquide.

Des complications sont toujours possibles, incidents ou accidents, nous n'envisageons là que celles immédiates et qui sont celles de toutes thoracentèses.

Une technique parfaite les évitera.

Cependant nous nous sommes toujours bien trouvé de l'absorption, durant les deux ou trois jours précédents,

d'une potion de 2 à 3 grammes de bromure, et, le matin même, d'une injection de Sédol. Par précaution, la présence près de soi d'une seringue contenant de l'éphédrine et de la caféine est à recommander pour parer à tout événement.

COMPLICATIONS

D'ordre local en général, les complications sont peu fréquentes, tout au moins en ce qui concerne l'aggravation notable de l'état présent, par l'apport d'un élément nouveau. Cet élément nouveau est dans les cas que nous avons observés (*observations V et VII*) la transformation en liquide purulent de l'exsudat séro-fibrineux.

Rapidement nous signalerons l'incident survenu, lors d'une ponction, chez un de nos malades; la piqûre du poumon entraînant une hémoptysie, la création d'un petit foyer du type infarctus, correspondant à un point de côté.

Nous avons remédié à ce fait en augmentant, d'une façon notable, dans une seconde insufflation (faite le lendemain) la quantité de gaz ce qui évita, par compression plus intense du poumon, au foyer de s'étendre et empêcha la formation, toujours possible, d'un hémothorax.

Les autres complications que nous avons prévues, mais non rencontrées, sont celles, comme nous le disions dans un autre chapitre, de toute thoracentèse et sont immédiates.

Lè passage à la purulente fut par nous observé deux fois, et malgré tous nos soins d'asepsie, malgré les vapeurs aromatiques, du goménol ou de la solution de Rodet.

A quoi serait due cette transformation ?

Ayant éliminé tout apport étranger, et ayant constaté, grâce à l'examen du liquide purulent, la présence parmi la flore microbienne, habituelle de bacilles de Koch, nettement visibles par la coloration au Ziehl, nous admettons la formation d'un abcès froid pleural que nous traiterons comme tel. On le diagnostique par la ponction, sa formation ne se signalant par aucun signe habituel de purulence; ce qui prouve bien son origine. Il survient en général à la quatrième ou cinquième ponction.

Traitement : Avec le trocart de Mocquot, trocart permettant un calibrage exact, on incise les téguments et les muscles entre deux côtes, le tout sous anesthésie, et l'on perfore le reste de la paroi avec le trocart; nous introduisons dans la cavité pleurale un petit drain, qui est poussé presque au contact du diaphragme, contact prouvé par une quinte de toux. Nous sommes donc en la partie la plus déclive de la cavité. Le malade reste assis, comme pour une pleurésie traitée par section d'une côte. Mais là nous obtenons, grâce au calibrage exact du drain et de son orifice de pénétration, une vidange lente, dont nous réglons l'évacuation.

Chaque matin, grâce au même tube, et sous le contrôle de la pression pleurale, grâce au manomètre du Kuss relié à une aiguille, placée dans le creux axillaire (afin d'éviter d'essaimer la plèvre) nous pratiquons un lavage de cette dernière. Lavage effectué avec 200 cc. de sérum physiologique tiédi dans lequel nous vidons le contenu d'une ampoule de Rubrophène pour I V; nous élevons et abaissons alternativement le récipient contenant le sérum, et faisons notre lavage par siphonage, comme un lavage d'esto-

mac, en évitant d'avoir une oscillation dépassant le zéro. Nous arrêtons, lorsque nous avons environ un bon tiers de liquide en plus, soit 250 à 300 cc. Ces lavages sont pratiqués tant que la suppuration est évidente. Nous avons même ajouté une fois, lorsque nous étions certain de bien être dans la cavité pleurale, un lavage de haut en bas par aiguille dans le creux axillaire et évacuation par le drain. (Bien que n'ayant pas eu d'ennui, nous ne conseillons pas cette méthode.)

Le drainage retiré, il va persister une fistule, cette dernière sera vite obstruée, grâce aux injections locales dans son trajet d'une solution normale de Rubrophène pour I V. Injections répétées tous les deux jours et associées à la prise par voie buccale de comprimés (de 2 à 10).

Après guérison complète de la suppuration, nous nous sommes trouvé alors dans les deux cas suivants : Dans le premier cas, où la guérison se fit attendre (tout au moins l'occlusion de la fistule) et malgré tous nos efforts, nous n'avons obtenu aucune variation dans la position du poumon, ce dernier semblant figé, maintenu dans sa position primitive par un épaississement de son feuillet pariétal. La collapsothérapie étant alors insuffisante, on fit une thoracoplastie de sept côtes. Dans le second, tout marcha normalement comme pour une collapsothérapie habituelle et nous n'eûmes, jusqu'à ce jour, aucun ennui, tant du côté du poumon que de la plèvre.

OBSERVATION N° I.

M. André X..., 28 ans, entre le 10 février 1939 dans un service de médecine générale pour « pneumopathie ».

C'est un homme d'apparence forte, de son métier entraîneur

de chevaux, qui n'a, dit-il, présenté jusqu'à ce jour aucun trouble pulmonaire. Dans ses antécédents personnels, on relève une enfance un peu souffreteuse marquée par des troubles gastro-intestinaux et des fièvres éruptives : scarlatine, rougeole. Depuis sa seconde enfance il n'a jamais été malade, mène sans ennui depuis dix ans sa vie d'entraîneur et a fait son service militaire. Pupille de l'A. P., on ignore tout de ses antécédents collatéraux, il est célibataire.

Depuis la mi-novembre, il a présenté de temps à autre un point de côté droit mis longtemps sur le compte d'une lésion hépatique, car accompagné d'anorexie avec léger teint subictérique. Depuis janvier, après quinze jours de repos pris de lui-même à l'époque des vacances, il se sentait beaucoup mieux mais se fatiguait vite, avec des sueurs nocturnes; prenant accidentellement sa température, il signale des 37°8, 38°5 le soir. Il se met à tousser, son point de côté réapparaît, se localise sous-mamelonnaire, sans irradiation. « C'est, dit-il, une sorte de tiraillement en surface. »

Son état allant en s'aggravant, il rentre, après consultation à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Nicolas.

Examen du malade : L'état général est défectueux malgré son apparence de force, il a perdu près de dix kilogrammes et présente un état d'asthénie marqué. La percussion permet de noter une matité remontant à la deuxième côte en position assise, à la quatrième en décubitus dorsal. A l'auscultation, présence dans le tiers moyen droit, assez près de la colonne vertébrale, de frottements-râles et à la partie supérieure de la matité d'un souffle plus tubaire que pleural, quelques craquements sont perceptibles au sommet droit.

En résumé, nous avons là tous les signes d'une réaction pleurale avec participation pulmonaire, état que viennent confirmer : radio, bacilloscopie et cuti-réaction intense et précoce. La radio donnant un aspect en mie de pain au sommet droit, le côté gauche est intact, le cul-de-sac est libre. La température est oscillante entre 37°5 et 38°5.

Le 12 février, ponction 200 cc. de liquide citrin, pression terminale — 2 + 4. — Insufflation : 400 cc. d'oxygène sur goménol,

pression terminale $0 + 6$. — Le soir, la température monte à 40° et la dyspnée s'est accentuée, les jours suivants la température tombe, la dyspnée disparaît.

Le 15, on pratique un examen radiologique; il existe un niveau liquidien mobile surmonté d'une poche gazeuse au niveau du creux axillaire.

Le 16 février : ponction 100 cc., pression $-2 + 4$. — Insufflation : 300 cc., pression terminale $0 + 4$. — Le soir, température à 40° .

La température baisse les jours suivants, un examen radiologique confirmant la création d'un pneumothorax, on fait, le 19, une nouvelle ponction de 50 cc. avec pression $-2 + 2$. — Insufflation : 400 cc. $0 + 5$, le soir, on a température $38^{\circ}5$.

Le 22, le malade qui, jusqu'à ce jour, avait gardé le lit, va pour la première fois en cure, il sera par la suite insufflé dans les dix jours.

Résultats immédiats sur le poids, passe de 53 kg. le 10 mars à 57 kg. le 10 avril, à 62 kg. le 10 mai, à 66 kg. le 10 juin. Trois examens successifs des crachats pratiqués courant juillet et en août après homogénéisation restent négatifs.

Le 1^{er} septembre, le malade est dirigé sur un sanatorium.

OBSERVATION N^o II.

M. R... X, 35 ans, tailleur de son métier, rentre directement dans le service de phthisiologie le 2 février 1939 pour pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. Diagnostic fait par son médecin traitant par ponction exploratrice, bactérioscopie positive, 3 à 4 bacilles par champ.

C'est un homme dans toute la force de l'âge; le type même de ce qu'on nomme « adulte sain et bien portant ». Dans ses antécédents personnels on ne relève rien d'intéressant au point de vue imprégnation bacillaire, tout au moins le malade ne signale rien. Première enfance, enfance, jeunesse, passées à la campagne, fait son service militaire, se marie, a des enfants qui ont, à l'heure présente, 3 et 2 ans, et sont bien portants.

Dans ses antécédents collatéraux, son père est mort à la guerre, sa mère vit encore, deux frères sont comme lui grands et forts.

La maladie qui débute, dans sa phase aiguë le 29 janvier, remonte en réalité à la période des grands froids de fin décembre. — « J'ai pris froid et depuis ce temps-là, je ne me sens pas très bien », nous dit le malade. — Sueurs nocturnes, points de côté, baptises, névralgies, lassitude progressive, petite toux quinteuse; tous ces signes négligés apparaissant les uns après les autres s'accroissent. Une légère dyspnée apparaît. Le malade consulte, pour la première fois, le 29. — Diagnostic évident, une légère expectoration apparaissant, un examen bactériologique pratiqué entraîne son départ à l'hôpital, il a, disions-nous, deux enfants.

C'est une pleurésie droite, la matité, l'abolition du murmure vésiculaire nous montre, ainsi que tous les autres signes classiques, que nous avons affaire à un gros épanchement qui remonte à la troisième côte.

L'auscultation confirmant le diagnostic ne permet pas de conclure à la présence d'une lésion bacillaire.

La radio nous donne l'image classique de pleurésie. Cependant le sommet droit semble légèrement voilé. Le poumon gauche est intact sur toute sa surface.

Donc ni signes stéthacoustiques, ni radiologiques; mais une cuti-réaction faite dès son arrivée dans le service est rapidement intense; une bacilloscopie est positive; la température oscille de 37°5 à 39°5.

Nous sommes en présence d'une pleurésie ayant fait ses preuves, d'origine bacillaire, et représentant la phase aiguë de l'imprégnation. Le malade est dyspnéique, tousse lorsqu'il s'assoit. Une ponction évacuatrice s'impose le 5 février.

Nous enlevons alors 500 cc., pression 0 + 2, que nous remplaçons par 750 cc. d'oxygène sur solution de Rodet, pression — 2 + 8. Les jours suivants on constate une expectoration plus abondante, mais aussi une chute rapide de la température.

Le 8 février : Évacuation 500 cc., pression — 2 + 4. — Insufflation 750 cc., pression — 2 + 10.

Aucune réaction à signaler dans la soirée et les jours suivants.

Le 9 février : Évacuation 400 cc., pression $-0 + 8$. —
Insufflation 550 cc., pression $-2 + 12$.

Le 10 février, une radiographie, tout en montrant la formation des trois poches gazeuses enkystées et la diminution du liquide, révèle une caverne en formation au niveau du tiers supérieur de la plage pulmonaire. Lésion bacillaire qui a ensemencé la plèvre car elle est proche de la corticalité et qui s'est révélée par la présence de B. K.

Après un nombre assez important de pneumo-séreuses (neuf en tout), une nouvelle radiographie permettant de constater uniquement la présence dans le cul-de-sac de deux doigts de liquide et la réalisation parfaite d'un pneumothorax, nous continuons ce dernier sous pression positive avec des quantités de gaz de 800 à 1.000 cc. dans les dix jours.

En juin, part en sanatorium, ne crachant plus de bacilles.

OBSERVATION N° III.

Le 20 février, Mlle Solange X..., âgée de 18 ans, entre dans le service pour bacillose avec réaction pleurale.

Elle est bonne de son métier, elle a vécu deux ans à Paris, a passé quatre mois d'été à la mer; depuis octobre, elle a retrouvé son val de Loire natal.

Enfance pénible, aînée d'une famille de huit enfants, malade tous les hivers, elle n'a jamais cessé de tousser depuis trois ans. Elle ignore tout des siens, partie de chez elle à 14 ans.

Enrhumée dès l'automne, bronchiteuse aux grands froids de décembre, ayant gardé le lit depuis la mi-janvier, elle se présente à nous comme une petite personne frêle au teint porcelainé, aux lèvres sanglantes. Elle est notablement amaigrie, fait des 38°5, 39° le soir.

Examen de notre malade : A l'inspection, nous ne notons rien, la palpation nous permet de conclure à la diminution des vibrations du côté gauche, à leur abolition dans le tiers inférieur du même côté; à droite, elles seraient un peu exagérées au sommet.

L'auscultation est négative dans les deux tiers inférieurs

droits, au sommet quelques craquements dans la zone dite d'alarme. A gauche, abolition du murmure vésiculaire à la base, présence de frottements, râles sur les deux tiers supérieurs de l'aire pulmonaire gauche, un léger souffle à timbre plus tubaire que pleural est entendu à la limite supérieure de la matité.

La radiographie à gauche nous donne l'image classique d'une pleurésie, à droite au sommet présence de taches assez opaques.

La bacilloscopie est deux fois négative.

La cuti-réaction est intense et précoce.

Un traitement général est institué : Calcium-Strychnine-Oka-mine cystéinée.

Un nouvel examen radiologique pratiqué le 10 mars, confirmant ce que donnait la clinique pour ce qui est de l'augmentation du liquide, on ponctionne 400 cc., pression $-0 + 2$. — On insuffle 600 cc., pression $0 + 10$. — Le soir, température à 41° , grosse dyspnée, injection d'éphé-caféine. Dans la nuit, devant la gêne respiratoire, nous évacuons 150 cc. d'un liquide mousseux sentant fort le goménol.

Le lendemain, température 38° - 39° . Expectoration abondante mais sans B. K. Le 15, on ponctionne 200 cc., pression $-2 + 6$. — On insuffle 400 cc., pression $1 + 10$, aucun trouble n'est à signaler.

Les 20, 25, 30, nous continuons; un examen de crachats pratiqué à ce moment nous donne 2 à 3 B. K. par champ.

Une radio, tout en montrant la réalisation presque parfaite d'un pneumothorax à gauche où seule une légère bride apicale existe, révèle, ainsi que l'auscultation, la formation d'une géode à droite.

Nous voilà donc en présence d'une tuberculose pulmonaire bilatérale; à gauche, lésion dont l'étendue est encore méconnue mais sur laquelle on peut agir. A droite, le 3 avril, nous créons avec succès un pneumothorax qui bien que partiel puisque décollé seulement aux deux tiers supérieurs permet une collapsothérapie suffisante.

Les deux pneumothorax sont entretenus alternativement sans aucun ennui; en août, plus de bacille, nous avons laissé le 15 septembre notre malade en bon état.

OBSERVATION N° IV.

Chez M. Robert X..., 28 ans, un pneumothorax thérapeutique droit, étendu, institué en janvier 1931 pour lésions ulcéro-caséuses du lobe inférieur droit semblant remonter à 1930, pneumothorax inefficace depuis six mois.

Ce malade entré dans le service pour nouvelle poussée bacillaire, négatif depuis novembre 1931, il a 10 à 15 bacilles par champ.

Le côté droit a, disions-nous, un pneumothorax inefficace, la collapsothérapie ne se faisant plus que sur les deux lobes sains, mais la lésion semble cicatrisée.

A gauche, diminution du murmure vésiculaire, quelques râles humides sus et sous-claviculaires, quelques craquements dans la région sus-épineuse. Un voile léger, uniforme, de toute la plage pulmonaire, révélé par la radio, ainsi qu'une submatité marquée; nous ponctionnons le 20 janvier, nous sentons nettement une plèvre épaissie, dure, nous retirons un peu de liquide.

Le 21, nous tentons un décollement de pneumo. Dans la région axillaire, pas d'oscillations. Dans la région postérieure, au niveau de notre ponction du 20, quelques oscillations : — 8 — 2, nous injectons 200 cc. d'oxygène ayant passé dans la solution de Rodet, la pression terminale est — 4 + 2. Le soir, aucune réaction thermique. Le 24, par ponction, nous retirons 75 cc. de liquide, pression — 6 — 0, nous insufflons 300 cc., pression — 2 + 4. — Le 26, une insufflation est tentée avec succès dans la région axillaire, pression — 6 + 2. 500 cc., pression — 4 + 4.

Les insufflations sont continuées comme pour une collapsothérapie habituelle, collapsothérapie qui donne comme résultat, température 37°-37°5 en mars, plus de bacilles le 20 avril.

Le malade part en sanatorium le premier mai.

OBSERVATION N° V.

M. André X..., 25 ans, rentre dans un service de médecine pour pleurésie, il tousse et crache, un examen de B. K. pratiqué

le lendemain de son entrée, le 21 janvier, est positif, 1 à 2 bacilles tous les 10 champs.

C'est un homme en bon état général, surpris de passer dans notre service. « Je n'ai jamais été malade, nous dit-il, j'ai pris froid il y a un mois, je suis puisatier, j'en ai vu d'autres », ajoute-t-il.

L'étude de ses antécédents personnels, héréditaires ou collatéraux est rendue impossible par son mutisme.

A l'examen, nous faisons rapidement le diagnostic d'épanchement pleural droit abondant, la matité remonte en position assise jusqu'à la clavicule, le foie est abaissé, l'auscultation est négative, à droite nous n'entendons rien, il y a abolition de tout bruit; à gauche respiration de compensation sans présence de bruits adventices.

Notre malade a bon appétit, tousse en changeant de position, sa température oscille entre 37° et 37°5, une cuti est intense et rapide, une bacilloscopie est toujours positive.

Nous instituons un traitement général par acides aminés (okamine); début février, une dyspnée intense apparaît, après avoir refusé par deux fois d'être ponctionné, après acceptation, nous créons le 5 février une pneumo-séreuse.

Évacuation : 300 cc., pression 0 + 2. — Insufflation : 500 cc. (sur goménol) + 2 + 8. — Température le soir 40°.

Le 8 février, la température tombée rapidement. Nouvelle évacuation de 300 cc., pression 0 + 4. — Insufflation de 400 cc., pression + 4 + 8.

La température reste entre 39° et 40° pendant cinq jours. Le 14 février, évacuation d'un liquide plus épais, filant, jaunâtre, à l'examen bactériologique quelques streptocoques et des polynucléaires, c'est un liquide séro-purulent. Constatant ce fait, nous faisons une minime évacuation 50 cc. : le liquide dans un verre forme les deux couches classiques.

Le traitement est abandonné jusqu'à la mi-mars.

Le 16 mars, nous posons un drainage dans la plèvre avec le trocart de Mocquot, nous réglons l'évacuation du liquide purulent; dans ce liquide, le laboratoire nous a trouvé des bacilles de Koch qu'il a aisément identifiés.

Ce n'est qu'au début de mai que, devant la persistance de l'écoulement purulent, nous pratiquons un lavage de plèvre au Rubrophène, lavage répété tous les deux jours; vers le 20 mai nous constatons une amélioration, non de l'état général qui ne fut jamais atteint, mais dans l'aspect du liquide, lequel se faisant de plus en plus rare nous retirons le drainage le 31 mai.

Une radiographie pratiquée à ce moment nous montre un poumon refoulé à au moins quatre doigts de la paroi thoracique, sans aucune expansion respiratoire. La guérison de la fistule se faisant attendre, semblant même impossible, et devant l'aggravation brutale de lésions jusqu'à ce jour passées inaperçues sur le poumon droit, une thoracoplastie est pratiquée, sept côtes sont enlevées. Le malade supporta fort bien l'opération et ses suites et, à ce jour, est en bonne voie de guérison; début septembre il ne crachait plus de B. K.

OBSERVATION N° VI.

Fin mai, entre dans notre service, venant de la salle Sainte-Claire, Mlle Yvette X..., 25 ans, qui rentrée dans ce service de médecine générale, le 10 mai, pour pleurésie séro-fibrineuse avec température, a une bacilloscopie positive.

Dyspnéique, pâle, en mauvais état général, toussant et crachant (un à deux crachoirs par jour), elle présente un très mauvais état général, anémiée, asthénique à l'extrême sous la menace d'une défaillance cardiaque, que nous soignons en premier comme toute asystolie.

Après un rapide examen, les signes physiques classiques de pleurésie posent le diagnostic d'épanchement gauche, la pointe du cœur bat près du sternum, aucun signe stéthacoustique à droite. Cuti et bacilloscopie hautement positives.

Nous faisons au soir du 8 juin une ponction évacuatrice de 500 cc., pression — 2 + 2, que nous remplaçons prudemment par 250 cc. sur liquide de Rodet, pression — 2 + 0. La température qui oscillait aux environs de 38°5, 39° ne subit aucune variation,

Le 10 juin, nous recommençons en évacuant 700 cc. que nous remplaçons par 500 cc. de gaz sous pression — 2 + 8.

Le 12 juin, lors du début de l'évacuation, nous constatons la transformation séro-purulente de l'exsudat. Instruit par l'expérience précédente, nous plaçons de suite un drainage avec le trocart de Mocquot. Après évacuation lente dans la journée d'environ 400 cc. de liquide séro-purulent, nous pratiquons le lendemain, 13 juin, un lavage de plèvre suivant notre technique habituelle. Ce lavage renouvelé tous les jours jusqu'au moment où le liquide devenant séreux, après avoir accompli en sens inverse sa marche : séro-purulent, purulent, et diminuant nous enlevons le drainage le 20 juin. Dès le lendemain, nous nous attaquons à la fistule, injection locale de Rubrophène, ingestion de un à dix comprimés. La fistule est occluse en dix jours, le 1^{er} juillet après radioscopie, examen qui nous permet de constater un décollement de toute la hauteur du poumon avec conservation des mouvements d'expansion de ce dernier, nous commençons un pneumothorax ordinaire. Pneumothorax qui, insufflé tous les dix jours avec air sur goménol, nous donne une bacilloscopie négative et une grosse amélioration que nous sommes heureux de constater en quittant notre service le 15 septembre.

OBSERVATION N° VII.

Agé de 40 ans, M. Robert X... entre directement dans le service le 10 mai, pour tuberculose pleuro-pulmonaire, il présente en effet un épanchement droit et une bacilloscopie positive.

Ayant fait son service militaire, ne relevant dans son passé que quelques bronchites automnales, fièvres éruptives, on note en 1928 une grosse congestion pulmonaire avec hémoptysies, hémoptysies n'ayant pas fait leurs preuves, seul un amaigrissement marqué, compensé par un long repos, fait songer à leur origine bacillaire.

Il est marié, père de deux enfants de 8 et 6 ans, enfants en bonne santé, à croissance normale. Ses parents vivent encore et sont en bonne santé ainsi que deux frères, dont l'un, cependant, âgé de 28 ans, fut réformé pour bronchite chronique.

La maladie semble remonter à fin mars début avril, mais a eu une marche progressive séparée par un espace vide de quinze jours marqué alors par une asthénie notable et persistance d'une légère température. En un mot, point de côté, fatigue, accentuation de cette dernière, puis apparition de toux, dyspnée, expectoration.

A l'examen physique, outre une matité des deux tiers pulmonaire, de gros râles au sommet droit dans la région sus-épineuse ainsi qu'un gargouillis très net à timbre métallique, permettent de conclure à la présence certaine d'une caverne, ou tout au moins d'un gros foyer de ramollissement au tiers supérieur du poumon droit, avec épanchement liquidien. Le poumon gauche semble intact.

La radiographie pratiquée montre en plus de la grosse atteinte pleurale une image suspecte au sommet avec très certainement un petit niveau liquidien, d'ailleurs l'expectoration est abondante et les bacilles nombreux. A gauche, hile chargé, tramite légère sur toute la plage pulmonaire.

Nous sommes ici en présence d'un cas très net de bacilliose pleuro-pulmonaire; une ponction est pratiquée, il y a du liquide. Faut-il ou non évacuer et créer une pneumo-séreuse?...

Nous temporisons en instituant un traitement général, calcium, acides aminés (okamine optéinée).

Le liquide ne diminue pas, l'état général est franchement mauvais, la température entre 39° et 40°, aussi le premier juin nous commençons une pneumo-séreuse.

Péniblement, à l'aiguille, nous évacuons 80 cc. La pression est de — 8 — 10 avec des oscillations aussi marquées qu'au décollement d'un pneumothorax. Nous insufflons 300 cc. d'oxygène sur goménol, pression — 2 — 10. Deux jours après, une tentative d'évacuation est impossible, nous insufflons au trocart de Kuss, dans le creux axillaire, pression — 4 — 12, 300 cc. — 2 — 8. Devant ce résultat, nous continuons comme un pneumothorax, le septième jour nous insufflons 500 cc.

Le 12 juin, une radio nous donne l'image d'un hydro-pneumothorax avec peu de liquide. Nous insufflons tous les douze jours en petite quantité, toujours sur goménol, la collapsothérapie

est parfaite au sommet, le malade supporte bien son liquide, il engraisse, l'expectoration diminue, la fièvre est à 37°5, 37°8, à chaque insufflation elle subit une légère ascension à 39°.

Quittant notre service le 15 septembre, nous l'avons laissé avec une bacilloscopie négative.

CONCLUSION

Nous estimons, nous nous permettons d'estimer, que dans l'état actuel de l'armement antituberculeux, les ressources thérapeutiques ne sont pas si nombreuses, ni si constantes dans leurs effets, pour qu'on puisse négliger les moyens qui nous sont offerts pour améliorer ou guérir les malades.

Loin de nous la pensée de vouloir diminuer la valeur éprouvée d'autres traitements dans leurs indications respectives ou leurs associations. Mais nous tenons à signaler ici la valeur d'une méthode de traitement qui peut, dans ces cas si spéciaux et si décevants de tuberculose pleurale, rendre de grands services.

Nous guérissons rapidement la manifestation initiale; comme le calcium, par exemple, guérit l'hémoptysie. Certes, la pleurésie, dans la plupart des cas, se guérit presque toujours d'elle-même; mais elle grève toujours lourdement l'avenir, et c'est cet avenir que nous avons voulu ménager.

Les résultats par nous obtenus furent satisfaisants dans leur ensemble. Malgré les ennuis rencontrés dans leurs créations, les pneumo-séreuses nous ont donné jusqu'à ce jour de bons résultats premiers. Ces résultats, obtenus chez des malades à lésions caractérisées, nous ayant permis d'amener ces derniers au même stade de guérison qu'après

collapsothérapie directe sont encourageants; mais ne sont encore, croyons-nous, que du ressort des hôpitaux ou sanatoriums. C'est là toute la question sociale du traitement de la tuberculose qui est à nouveau soulevée.

Utilisée dans les cas très nets de tuberculose pleuropulmonaire, cette méthode pourra aussi être utilisée avec grand avantage chez les sujets suspects d'évolution tuberculeuse, présentant une réaction pleurale à l'invasion bacillaire.

Possédant bien la technique de la pneumo-séreuse; maître, croyons-nous, actuellement, de la complication principale qu'est le passage à la purulence. Cette méthode présentant à l'heure actuelle peu de risques est séduisante par ses résultats obtenus. Mais risque à son tour d'être décevante en bien des cas, car nous attaquant à la maladie la plus polymorphe de la pathologie interne, nous ne pouvons que constater sans affirmer.

BIBLIOGRAPHIE

PNEUMOTHORAX DANS LA PLEURÉSIE

- ARIAS. — La pleurésie séro-fibrineuse et le pneumothorax (*La Medicina Ibera*, p. 581, N° 731, 14 novembre 1931, an^x XV).
- AUBRY et THIODET. — La pneumo-séreuse dans le traitement des pleurésies à grand épanchement (*Société de Médecine d'Alger*, séance du 27 mai 1929).
- DESTEFANO (J.) et VIGGIANO (S.). — El tratamiento de las pleuresias serofibrinosas de la gran cavidad, por la neumoserosa. — Nuestro ultimo dispositivo (*Semana ed. I*; 1469, 1477, 14 juin 1928).
- DULITRESCU et MANTÉ. — Pleurésie interlobaire traitée par pneumothorax artificiel et néo-salvarsan intraveineux (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1920, 3^e série, XLIV, p. 1215-1217).
- DURBIN. — Les pneumothorax partiels et en particulier le pneumothorax interlobaire (*Thèse de Paris*, 1908).
- IRISMESCU. — Deux cas de pleurésie interlobaire traités par le pneumothorax (*Spitalul Bucarest*, mai-juin 1919).
- MOSSÉ TAPIE. — Pleurésie interlobaire avec vomique fractionnée, pneumothorax thérapeutique, infection secondaire de la grande cavité (*Société de Médecine de Toulouse*, juillet 1922).
- PELLÉ (A.). — Pneumothorax thérapeutique au cours d'une pleurésie interlobaire (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923, 3^e série, XLVII, p. 754-757).
- REGENBOGEN. — Traitement de la pleurésie par le pneumothorax (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, an LIX, N° 22, 2 juin 1933, p. 837).
- TAYLOR (A. B.). — Use of artificial pneumothorax in treatment of pleurisy, in pneumonia (*Practitioner*, 127 : 389-396, septembre 1931).
- TROISIER et GAYET. — La cure de la pleurésie interlobaire et des suppurations pulmonaires par le pneumothorax thérapeutique (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, juin 1923).

- VITON (J. J.) et MARTIN (A.). — El neumotorax artificial en el tratamiento de las pleuresias interlobares supuradas y abiettas (*Semana Med.* Buenos-Aires, 1921, XXVIII, p. 192, 195).
- ÉMILE-WEIL (P.). — Pneumo-séreuse pleurale (*Journal des Praticiens*, N° 10, 5 mars 1932).
- WEIL et ROSENTHAL. — Le pneumothorax artificiel en dehors de la tuberculose (*Journal médical français*, mai 1920).
- DE WITT STETTEN. — Guérison d'un empyème malgré la persistance d'un pneumothorax post-opératoire (*Annals of Surgery*. Philadelphie, vol. XCIV, N° 3, septembre 1931).
- MINET (Jean) et HOUCKE (Ed.). — Pleurésie séro-fibrineuse et pneumo-séreuse (*La Clinique*, N° 285, mai 1937 (A)).
- WERNER (J. A.). — Pleuresias sero-fibrinisas del neumotorax artificial (*Rev. med. Peruana* 6 : 1635-1648, février 1934).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
BUT DE LA MÉTHODE	10
INDICATIONS DE LA PNEUMO-SÉREUSE.....	11
APPAREILLAGE TECHNIQUE	13
COMPLICATIONS.....	15
OBSERVATIONS	17
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	30

